



Release of Information

Releasing and Obtaining Information. In general, Vocational Rehabilitation (VR) will only release information about me according to my written consent below. However, VR will release information *without my consent*, according to federal regulations, in response to a court order, or if a law, the need to protect me or others, or an investigation for law enforcement, fraud, or abuse requires release. VR will only use this release to obtain information that is necessary and relevant to my vocational rehabilitation process.

Organizations and Individuals. VR has permission to exchange (release and receive) information about me with the following organizations or individuals. **Cross off any programs or persons you do not want us to share information with.**

Client Assistance Program

Nebraska Workforce Development System

Disability Determinations Section

Nebraska Department of Correctional Services

Secondary schools or Educational Service Units

Social Security Administration

Physicians, psychologists, licensed medical providers,
hospitals or treatment centers that have treated or will
treat me _____

Post-secondary institutions _____

Employers _____

Assistive Technology Partnership (ATP)

Nebraska Health and Human Services System

Nebraska Worker's Compensation Court

Third Party Employment and Income Verification

Veterans Administration

Student Financial Aid and Disability Services Offices at _____

Community Rehabilitation Programs, Centers for Independent Living,
or other entities or persons that provide or will provide services to me
under a written agreement with VR _____

Probation Office _____

Others (including family members) _____

Types of Information. VR has permission to exchange (release and receive) the following information about me. **Cross off any types of information you do not want us to share.**

Information on my Application

Vocational tests, assessment scores and/or analysis

Medical or psychological records including narrative reports

School grades, transcripts, test results and progress reports

Information about my service goals, services provided,
progress, and eligibility for financial aid

School Multidisciplinary Evaluation Team verification and
individual education program (IEP) records

Drug or alcohol treatment records (including AIDS/HIV)

Information about receipt of public or private benefits

Hospital exams and summaries

Training information

Employment information and records

Psychological testing records including psychometric test scores

Verification of work hours, earnings/benefits

Other information _____

Consent to Release and Exchange Information: I authorize the use of this Information Release, or a photocopy or fax of it, to obtain information and to release or exchange the information listed from organizations, agencies, entities or persons listed. I understand I may revoke all or part of this consent at any time by providing a written notice to VR. In any event, my authorization will end on the day I cease to be an applicant for, or recipient of, services (including EW services) from Vocational Rehabilitation. I understand the information disclosed by this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and no longer protected by federal privacy laws or regulations except for federal and state privacy laws and regulations concerning release of personal information of applicants for and eligible individuals receiving rehabilitation services. I understand if I am on the Nebraska Sex Offender Registry and/or convicted of any registrable offense under the Nebraska Sex Offender Registration Act prior to January 1, 1997, that this information will be disclosed by VR to potential employers for the purpose of obtaining suitable employment. I understand that if the information in my health record includes information relating to behavioral or mental health services, treatment for alcohol and/or drug abuse, sexually transmitted disease, Hepatitis B or C testing, acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), or human immunodeficiency virus (HIV), I agree to its release.

Individual (Print Name)	Date of Birth	Social Security Number
X Individual (Signature)	X Date	
X Parent, Guardian, or Representative	X Date	



Divulgación de información

Divulgar y obtener información. En general, la oficina de Rehabilitación Vocacional (VR) solamente divulgará información sobre mí según mi autorización firmada abajo. Sin embargo, la oficina de VR divulgará información, *sin mi autorización*, según las reglas federales, en respuesta a una orden del tribunal, o si una ley, la necesidad de protegerme o a otras personas, o una investigación para la ley, el fraude, o abuso requiere la divulgación. La oficina de VR utilizará esta divulgación solamente para obtener información que sea necesaria y pertinente al proceso de mi rehabilitación vocacional.

Organizaciones e individuales. La oficina de VR tiene permiso para intercambiar (divulgar y recibir) información sobre mí con las siguientes organizaciones o individuales. Tache cualquier programa o persona con quien no desea que compartamos información.

Programa de Ayuda al Cliente _____

Sistema del Desarrollo de Empleados de Nebraska _____

Sección de Determinación de Discapacidad _____

Departamento de Correcciones de Nebraska _____

Las escuelas secundarias o Unidades de Servicios Educacionales _____

Administración de Seguro Social _____

Médicos, sicólogos, proveedores médicos certificados, hospitales o centros de tratamiento que me han tratado o me van a tratar _____

Instituciones post secundarias _____

Empleadores _____

Sociedad de tecnología asistida _____

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska _____

Tribunal de Compensación de Trabajadores de Nebraska _____

Empleo por una de tercera parte y verificación de ingresos _____

Administración de Veteranos _____

Oficina de ayuda económica y servicios de discapacidad para estudiantes en _____

Programas de rehabilitación comunitarios, Centros de vivienda independiente u otras entidades o personas que me proveen o proveerán servicios bajo un acuerdo por escrito con la oficina de VR _____

Oficina de libertad condicional _____

Otras personas (incluyendo miembros familiares) _____

Tipos de información. La oficina de VR tiene permiso para intercambiar (divulgar y recibir) la siguiente información sobre mí. Tache cualquier tipo de información que no desea que compartamos.

Información en mi solicitud _____

Exámenes vocacionales, puntuación de evaluaciones y/o análisis _____

Historia médica o sicológica incluyendo un informe narrativo _____

Notas escolares, transcripciones, resultados de exámenes e informes de progreso _____

Información sobre mis metas de servicio, servicios proporcionados, progreso, y elegibilidad para la ayuda económica _____

Verificación del equipo de evaluación multidisciplinario escolar y documentos del programa de educación individual (IEP) _____

Historia de tratamiento para drogas o alcohol (incluyendo SIDA/VIH) _____

Información sobre el recibo de beneficios privados o públicos _____

Exámenes y resúmenes del hospital _____

Información sobre la capacitación _____

Informes e información sobre el empleo _____

Informes sobre exámenes sicológicos incluyendo puntuaciones de exámenes psicométricos _____

Verificación del horario laboral, ingresos/beneficios _____

Otra información _____

Consentimiento para divulgar e intercambiar información. Autorizo el uso de esta Divulgación de Información, o una copia o facsímile del documento, para obtener información y para divulgar o cambiar la información anotada de organizaciones, agencias, entidades o personas mencionadas en la lista. Entiendo que puedo revocar todo o una parte de este consentimiento en cualquier momento con aviso escrito proveído a VR. En cualquier caso, mi autorización terminará el día en que dejo de ser solicitante por, o recipiente de, servicios (incluyendo servicios EW) de Rehabilitación Vocacional. Entiendo que la información divulgada por esta autorización puede estar sujeto a divulgación de nuevo por el recipiente y no protegida por más tiempo por leyes o reglas federales de confidencialidad a excepción de leyes y reglas federales y estatales de confidencialidad en relación con la divulgación de información personal de solicitantes para e individuos elegibles recibiendo servicios de rehabilitación. Yo entiendo que si mi nombre está en el Registro de Delincuentes Sexuales de Nebraska y/o si estoy condenado por cualquier delito que me manda inscribir en este registro bajo el Nebraska Sex Offender Registration Act. (Acta de Registro de Delincuentes Sexuales de Nebraska) previa al 1 de enero, 1997, que esta información será divulgada por Rehabilitación Vocacional (VR por sus siglas en inglés) a posibles empleadores con el propósito de conseguir empleo apropiado. Entiendo que si la información en mi archivo médico incluye información relacionada con servicios de salud para comportamiento o salud mental, tratamiento por el abuso de alcohol y/o drogas, enfermedades de transmisión sexual, pruebas para hepatitis B o C, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), o virus de inmunodeficiencia humana (VIH), estoy de acuerdo con la divulgación de la información.

Nombre letra de molde	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
X Firma	X Fecha	
X Padre, Guardián o Representante	X Fecha	